



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

“Resumen sobre el síndrome de Guillan Barré”

Materia:

Medicina física y de rehabilitación.

Docente:

Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

5° “A”

Síndrome de Guillan Barré

polineuropatía autoinmune, con variantes clínicas heterogéneas, en la mayoría de los casos se presenta como una parálisis monofásica antecedida por una infección; la forma desmielinizante es la más común. Es una enfermedad que cursa con parálisis aguda secundaria a la inflamación de nervios periféricos y raíces nerviosas, clínicamente se manifiesta como parestesia, entumecimiento y debilidad progresiva de las extremidades hasta imposibilitar la marcha. Puede afectar los músculos de la cara, deglución y ventilación.

Immunopatogenia: Se han identificado autoanticuerpos contra ganglios involucrados en el daño de la mielina y en su producción por las células de Schwann, se postula que son generados como parte de una reacción cruzada contra las proteínas de los axones dentro del marco de la respuesta inmune contra agentes infecciosos como *Campylobacter jejuni*. También se ha sugerido involucro de células T a través de desmielinización asociada a la acción de macrófagos.

GB tiene antecedente de infección del tracto respiratorio o gastrointestinal. *Campylobacter* sp es el agente infeccioso más frecuentemente asociado, otros agentes son citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, enterovirus, hepatitis A y B, virus del herpes simple, *Chlamydia pneumoniae*

Manifestaciones clínicas Dos tercios de los pacientes con SGB desarrollan síntomas neurológicos 2 a 4 semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal.¹⁴ Más del 90% de los pacientes alcanzan el nadir de la enfermedad en 2 a 4 semanas, sin embargo la recuperación de la función ocurre lentamente en semanas o meses. Un cuadro clínico con evolución progresiva en 2 o más meses o la presencia de una recaída debe hacer pensar en una entidad diferente a SGB.

Los síntomas iniciales, en orden de frecuencia, son: inestabilidad en la marcha (45%), dolor neuropático (34%) e incapacidad para caminar (24%). La frecuencia de los síntomas y sus características clínicas, durante la evolución, se presenta en el siguiente listado

- Dolor neuropático (79%): localizado en la región posterior de las extremidades inferiores.
- Incapacidad para la marcha (60%).
- Disfunción autonómica (51%): asistolia, arritmias (taquicardia sinusal, bradicardia, taquicardia sinusal, taquicardia ventricular), hipotensión ortostática, hipertensión, íleo paralítico, disfunción vesicular y sudoración anormal.
- Involucro de los nervios craneales (46%): se afecta con mayor frecuencia el nervio facial, resultando en una debilidad facial bilateral.
- Debilidad de las extremidades superiores (26%).
- Afección de los músculos de la respiración que requieren uso de ventilador mecánico (13%).

Diagnóstico Los estudios electrofisiológicos son las pruebas diagnósticas más sensibles y específicas, muestran anomalías que indican involucro multifocal desmielinizante:

- Bloqueo parcial de la conducción, anomalía temprana más frecuente.
- Velocidad de conducción disminuida, reflejan el segmento desmielinizado.
- Dispersión temporal anormal.

- Latencia distal prolongada.

Historia clínica:

En dos terceras partes de los casos, los síntomas van precedidos de algún evento antecedente potencialmente identificable:

- Infecciones respiratorias: 40% de casos
- Posiblemente asociado con éstas, se encuentra citomegalovirus en 5% de casos en Japón, y 11-13% en Europa
- Gastroenteritis: 20% de casos
- Posiblemente asociado con éstas, en Estados Unidos y Europa se encuentra *Campylobacter jejuni* en 26 a 36% de casos; en Japón, 45%
- En el caso de la aplicación de vacunas como evento antecedente, el tiempo que media entre la vacunación y el inicio del cuadro clínico no es mayor de seis semanas

Los síntomas y signos en el síndrome de Guillain-Barré alcanzan un máximo alrededor de los 12 días de evolución; 98% de los casos ya han alcanzado una meseta a los 28 días, tiempo promedio en que inicia la mejoría, y se recuperan a los 200 días.

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse al interrogatorio son:

Típicos: Debilidad muscular y fatiga de músculos del cuello y las extremidades o parálisis, Falta de coordinación, Cambios en la sensibilidad; adormecimientos, parestias, Dolor muscular (puede similar calambres)

Menos frecuentes, Visión borrosa o doble (diplopía), Torpeza, caídas, Palpitaciones, Contracciones musculares, Cefalea, mareos Síntomas gástricos, Cambios en la sudoración, Incontinencia vesical o retención urinaria, Constipación, Cambios locales de color o temperatura de la piel

Síntomas de alarma o gravedad: Dificultad para la deglución, Babeo (sialorrea), Dificultad respiratoria o apnea, Desmayos (lipotimias), Otros datos de disfunción autonómica

Exploración física Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse a la exploración física son:

Disfunción motora: Debilidad simétrica de extremidades: proximal, distal o global, Debilidad de músculos del cuello, Debilidad de músculos de la respiración, Parálisis de nervios craneales III-VII, IX-XII, Arreflexia, Fatiga de músculos de extremidades

Disfunción sensitiva: Pérdida distal del sentido de posición, de vibración, de tacto y de dolor, Ataxia

Disfunción autonómica: Taquicardia o bradicardia sinusales, Otras taqui- o bradiarritmias., Hipertensión o hipotensión postural, Grandes fluctuaciones del pulso y la presión arterial, Pupilas tónicas, Hipersalivación, Anhidrosis o diaforesis, Tono vasomotor anormal; ingurgitación venosa y rubor facial

Tratamiento:

Gammaglobulina intravenosa (GGIV): La GGIV en el SGB protege contra agentes infecciosos y suprime los procesos inflamatorios e inmunológicos. Pediátricos es de 2 g/kg, administrado como 1 g/kg por 2 días o 400 mg/kg por 5 días. La dosis y el esquema de administración son empíricos. De acuerdo a la farmacocinética del paciente en particular puede ser necesario incrementar o repetir la dosis basados en la respuesta clínica. La recuperación de la fuerza muscular con el uso de GGIV comienza a mejorar, en la mayoría de los pacientes 14 días después de su administración

la plasmaféresis (PF): Estudios clínicos multicéntricos han establecido la efectividad del recambio plasmático en pacientes adultos con SGB, se piensa que el mecanismo de acción es la remoción de la circulación sanguínea de todos los anticuerpos dirigidos contra los antígenos blanco se ha reportado incremento de la fuerza muscular y disminución en el requerimiento de ventilación mecánica, se demostró que el recambio plasmático es mejor en comparación a sólo el tratamiento de soporte, incluso en enfermedad leve se observó mejoría después de 2 recambios plasmáticos comparado con sus controles Se ha descrito que el recambio plasmático es más efectivo cuando se realiza en los primeros 7 días de inicio del cuadro clínico

Fisioterapia en la fase de extensión:

Empieza el tratamiento fisioterápico encaminado a la prevención de retracciones y complicaciones ortopédicas. El principal impedimento terapéutico será la fatiga típica de estos pacientes: sesiones cortas y repetidas a lo largo de la jornada.

Mantener una postura correcta del encamado: es necesario mantener una alineación de los segmentos corporales para evitar acortamientos o estiramiento excesivo de los músculos, evitando así retracciones músculo-tendinosas.

La postura correcta del encamado es la siguiente:

MMII: Evitar el flexo y RE de la cadera: colocar bolsas de arena u órtesis de antirrotacion. Antiequinos para el pie.

MMSS: Evitar retracción en flexo de los dedos: órtesis extensoras y mantenimiento de la apertura de la 1° comisura (dedo gordo). Postura ideal: abd y rotación neutra de hombro, semiflexion codo, ligera supinación y pulgar en extensión.

Intentar prevenir la aparición del hombro congelado: coaptar la cabeza humeral con cintas axilares atadas a la pared o cabezal de la camilla, Realizar cambios posturales cada 2 horas para prevenir complicaciones manteniendo siempre la alineación de los puntos clave. Sedestación cuando sea posible.

Prevención de escaras por presión: Vigilar las zonas típicas de presión y roces según la postura del paciente para evitar ulceraciones: Régimen de girado cada dos horas.

Si se desarrollara una UPP, puede ser necesario recurrir a la radiación UV o al masaje con cubitos de hielo para estimular el proceso de curación.

Protegerlas con materiales acolchados y mantener la piel limpia e hidratada Material necesario: Almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos antiequino, colchones consistentes

Mantener la movilidad y amplitud articular: Anticiparse a la postura que va a adoptar el paciente si queda paralítico y evitar la rigidez articular y retracción muscular.

Movilizaciones pasivas: Mantener el trofismo cartilaginoso y propiocepción fundamentalmente en las articulaciones afectadas.

Varias sesiones diarias: Tener en cuenta el dolor muscular y tendinoso: aplicación muy suave abarcando todo el rango articular en los diferentes grados de movimiento.

Insistir en la ATM y en la cintura escapular para prevenir el hombro congelado, anotar el ángulo de movimiento articular en el test de valoración diario.

Estiramientos: Incidir en músculos con tendencia a la retracción (tríceps sural, isquiotibiales, psoas ilíaco, aductores, flexores del carpo, bíceps...) que puedan causar desequilibrios estructurales.

Estiramientos pasivos y progresivos muy suaves de forma mantenida, siempre respetando el dolor del paciente o bien colocarlo en posturas de autoestiramiento (atar manos para evitar la flexión, espaciador entre piernas, antiequinos, almohadas en aspa...).

Se puede aplicar termoterapia antes de realizar los estiramientos para facilitar la relajación muscular (IR, masaje, almohadillas o compresas...), vigilando la piel para evitar quemaduras. Esto también ayudará a calmar dolores musculares y raquídeos que pueda sufrir el paciente.

